

Mindfulness, Autocompaixão e Bem-Estar Espiritual na Depressão Crónica

JOSÉ EDUARDO RAMADAS DA SILVA

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Sónia Catarina Carvalho Simões, Professora Auxiliar, ISMT

Leiria, Setembro, 2015

Aos meus filhos e à minha esposa...

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Doutora Sónia Simões pela sua dedicação, empenho e profissionalismo neste longo processo académico.

A todos os pacientes que amavelmente participaram nesta caminhada.

À direção de Villa Ramadas pela cedência de autorização para a concretização deste trabalho.

A todos os colegas de Villa Ramadas pela paciência nos meus momentos de ausência.

Um exclusivo e particular agradecimento a minha família adorável, Josephine a minha esposa, e os meus filhos Morgan, Fraser e Guilherme que me proporcionam a flexibilidade para me empenhar, estudar, dedicar apaixonadamente ao desenvolvimento humano e pessoal.

Resumo

A depressão é uma das principais causas de incapacidade a nível mundial. Vários investigadores e técnicos de saúde mental estão em concordância que a prática de *mindfulness*, a promoção de autocompaixão e o bem-estar espiritual são benéficas para indivíduos que sofrem de vários problemas, nomeadamente a depressão.

Este estudo procurou analisar as associações entre os índices de compaixão, *mindfulness* e bem-estar espiritual na Depressão Crónica, durante e após uma intervenção terapêutica (em comunidade terapêutica, em regime de internamento durante um período de 6 a 8 meses), numa amostra com diagnóstico de perturbação depressiva persistente. O protocolo foi composto pelos seguintes instrumentos: Inventário Depressivo de Beck (BDI II), Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (QCFM), Escala de Autocompaixão (SELFCS) e Questionário de Bem-Estar Espiritual (QBEE).

Nesta investigação participaram 63 sujeitos com idades entre os 15 e os 57 os anos ($M = 32,84$, $DP = 10,24$), entre os quais 28 são do sexo feminino e 35 são do sexo masculino, divididos em dois grupos: durante e após tratamento. Um dos grupos foi composto por 32 sujeitos que estavam a beneficiar da intervenção terapêutica e do outro grupo fizeram parte 31 sujeitos que já tinham concluído a intervenção pelo menos há um ano.

Os principais resultados demonstraram que existem diferenças nas variáveis *mindfulness*, autocompaixão, bem-estar espiritual e depressão em função do sexo, da existência de tratamentos psiquiátricos anteriores, do grupo de pertença (durante e após a intervenção) e dos níveis de depressão. Assim, o grupo após intervenção apresenta maiores níveis de *mindfulness* e autocompaixão (condição humana) e menores níveis de sobreidentificação (dimensão da autocompaixão, com a qual mantém uma relação oposta), comparativamente ao grupo durante o tratamento. Por fim, destacam-se como preditores de menor depressão as dimensões de *mindfulness* (Não reagir, Não julgar) e do Bem-estar espiritual (Bem-estar pessoal) e, como preditor de maior depressão, sobretudo a dimensão autocrítica (dimensão da autocompaixão).

Em conclusão, estes resultados vão no mesmo sentido da literatura existente sobre a relação entre as variáveis em estudo e a psicopatologia. Assim, a discussão dos resultados reforçou as novas abordagens “positivistas”, podendo ainda ser um contributo para o aperfeiçoamento de programas de prevenção na recaída da depressão.

Palavras-chave: Depressão; *Mindfulness*; Autocompaixão e Bem-estar espiritual

Abstract

Depression is one of the main causes of incapacity worldwide. Several researchers and mental health professionals are in agreement that the practice of mindfulness, promotion of self-compassion and spiritual well-being are beneficial for individuals suffering from various problems, namely depression.

This study sought to analyze the associations between compassion, mindfulness and spiritual well-being indexes, during and after a therapeutic intervention. Patients were treated in a residential therapeutic community for a period of six to eight months. They had been diagnosed with chronic depression disorder. The protocol was composed of the following instruments: Beck Depression Inventory (BDI II), Questionnaire of the Five Facets of Mindfulness (QFFM), Self-Compassion Scale (SELFCS) and Spiritual Well-Being Questionnaire (SWBQ). This research included 63 participants, between 15 and 50 years old ($M = 32.84$, $SD = 10.24$), 28 females and 35 male, divided into two groups: during and after treatment. One of the groups included 32 participants that continued to benefit from the therapeutic intervention and another included 31 participants that have already concluded the intervention less than a year ago.

The main results showed that there are differences in the variables (mindfulness, self-compassion, spiritual well-being and depression) according to sex, the existence of previous psychiatric treatment, the group (during and after the intervention) and depression levels results showed aspects relevant to the investigation. The group after the intervention has higher levels of mindfulness and self-compassion (common humanity) and lower levels of over-identification (self-compassion dimension, with which has the opposite relationship) compared to the group during the treatment. Finally, it stands out as predictors of minor depression dimensions of mindfulness (do not react, do not judge) and spiritual well-being (personal well-being) and as a predictor of major depression, especially self-judgment dimension (self-compassion dimension). In conclusion, these results along similar lines of the existing literature on the relationship between the study variables and psychopathology. The discussion allowed to highlight the new “positive” approaches to the conceptualization of depression as a much more than a negative state that must be “repaired”.

Key-words: Depression; Mindfulness; Self-compassion; Spiritual Well-being

*O segredo da saúde mental e corporal está, em não se lamentar pelo passado,
não se preocupar com o futuro, nem se adiantar aos problemas,
mas viver sabia e seriamente o presente.*

Buda

Introdução

A depressão é uma das perturbações psiquiátricas mais comuns que o ser humano enfrenta e uma das mais comuns e sérias perturbações do humor nos países ocidentais, A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012) indica uma estimativa de 350 milhões de pessoas a nível mundial que apresentam sintomas depressivos, havendo em média mais 50% de mulheres diagnosticadas, comparativamente aos homens. As perturbações depressivas contribuem em grande escala para o suicídio, registando-se por dia cerca de 3000 mortes por suicídio. Refira-se, a título de exemplo, que aproximadamente um em cada dez homens e uma em cada quatro mulheres manifestam quadros de depressão no Reino Unido (Horn, 2012). De acordo com o DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), a prevalência aos doze meses nos EUA é de cerca de 0,5% para a perturbação depressiva persistente e 1,5% para a perturbação depressiva major crónica. Em Portugal, não existem dados disponíveis de base populacional que permitam estabelecer com fidedignidade a prevalência dos vários tipos de perturbação depressiva (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento e Almeida, 2005).

Os quadros clínicos de depressão crónica são comuns, sendo responsáveis por cerca de um terço de todos os casos de depressão e representam um importante problema de saúde pública, uma vez que é uma perturbação duradora, devastadora ao longo da vida e responsável por inúmeras doenças associadas. Em termos epidemiológicos, a depressão crónica está diagnosticada em 3% da população dos Estados Unidos da América, porém é uma perturbação diagnosticada e tratada de forma pouco adequada (Michalak e Lam, 2002), sendo poucos os estudos que investigam este tipo de depressão (Cuijpers et al., 2010). Refira-se que, tendo em conta que se trata de um quadro clínico com uma sintomatologia prolongada, a escassez de estudos com evidências empíricas a longo prazo limita bastante as análises e conclusões (Michalak e Lam, 2002).

O termo depressão pode designar um estado afetivo normal, um sintoma, uma síndrome ou várias doenças. Todos os seres humanos atravessam momentos de tristeza, solidão ou infelicidade como, por exemplo, uma pessoa que sofreu perda de um ente querido ou perda do emprego pode sentir-se “deprimida” (Furegato Nievas, Silva e Costa Junior, 2005).

O humor depressivo e a perda de interesse ou motivação são características chave na depressão, destacando-se ainda a energia reduzida, baixa concentração, alterações de apetite e do padrão de sono. O suicídio e as tentativas de suicídio também são frequentes (Horn, 2012). A depressão tem sido caracterizada como episódio patológico,

no qual existe perda de interesse ou prazer, perturbação do sono e apetite, lentificação motora, sentimentos de inutilidade ou culpa, distúrbios cognitivos, diminuição da energia e pensamentos de morte ou suicídio (Kaplan e Sadock, 1997).

Contribuem para a depressão um conjunto de fatores diversificados, como fatores psíquicos, fisiológicos, hereditários, sociais, económicos, religiosos, entre outros. A depressão associa-se a um sofrimento que interfere significativamente na diminuição da qualidade de vida, na produtividade e na incapacitação social do indivíduo, podendo atingir desde crianças a pessoas idosas, de diferentes faixas etárias, estatuto socioeconómico, cultura, raça e zona geográfica (Coutinho, Gontiès, Araújo e Sá, 2003).

De acordo com o DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), quando a sintomatologia depressiva permanece num período mínimo de 2 anos, designa-se por perturbação depressiva persistente, quadro que equivale à depressão crónica. Assim, a depressão crónica pode ser definida como um quadro de diagnóstico de depressão com duração de há pelo menos dois anos (Horn, 2012), profundamente marcado por sentimentos frequentes de desapontamento e frustração (Back e Back, 1991). Podem coexistir também alterações do apetite, perturbações no sono, baixa autoestima, fadiga elevada ou pouca energia, dificuldades de concentração e sentimento de ausência de esperança. Se durante o período de sintomatologia depressiva surgir um episódio depressivo *major*, o diagnóstico é de perturbação depressiva *major* e de perturbação depressiva persistente (DSM-V, American Psychiatric Association, 2013).

Mindfulness

O termo *mindfulness*, tradução para inglês do termo “*Sati*” em Pali, significa recordar (ter presente o que acontece), reconhecimento, consciência, intencionalidade da mente, mente vigilante, atenção plena, alerta, mente lucida, autodetecção da consciência e a autoconsciência (Pali Text Society, 1921, 1925, cit. por Sillifant, 2007). Trata-se de um conceito pouco consensual, que varia no contexto e de difícil operacionalização (Bishop et al., 2004).

O *mindfulness* tem sido adotado progressivamente em psicoterapia no contexto da saúde mental, com o objetivo de intervir em processos mentais que contribuem para a perturbação emocional, promovendo o bem-estar e a redução de sintomatologia psicopatológica (Bishop et al., 2004). Os Programas de *Mindfulness*-Based Cognitive Therapy (MBCT) incluem-se nas abordagens cognitivo-comportamentais de terceira

geração, que enfocam mais a aceitação do que a mudança (Williams, Duggan, Crane e Fennell, 2006).

Nesta perspetiva, vários estudos têm refletido a aplicação do *mindfulness* em contexto psicoterapêutico, com resultados positivos em diversas perturbações psicológicas. Assim, as investigações de Baer (2003) evidenciaram benefícios do *mindfulness* na Depressão. Este autor defende que as abordagens que integram o *mindfulness* contribuem para uma mudança da relação da perspetiva pessoal do sujeito com os seus próprios processos internos, com uma objetivação de pensamentos que distancia o que é verdade absoluta ou realidades puras, do que são apenas pensamentos. Também Vandenberghe e Sousa (2006) salientam o papel do treino do *mindfulness* na prevenção de recaída da depressão, no qual a pessoa aprende a identificar os pensamentos e sentimentos depressivos, impedindo desde início a espiral da depressão. Neste sentido, indivíduos com depressão aprendem a lidar com os pensamentos e sentimentos, interpretando-os como eventos mentais transitórios e não como reflexo da realidade, prevenindo desta forma a escalada da depressão (Morgan, 2003).

Relativamente à eficácia deste tipo de programas, os estudos sobre estratégias de meditação baseadas no *mindfulness* têm acrescido suporte empírico, não só ao nível do bem-estar geral, como especificamente na redução dos níveis de ansiedade, stresse e depressão, sobretudo como facilitador de competências de autorregulação ao nível emocional, cognitivo e comportamental do funcionamento (Baer, 2006; Kristeller e Hallett, 1999). Esta eficácia tem sido demonstrada não apenas em indivíduos já recuperados mas, sobretudo, na redução da sintomatologia depressiva em população clínica que ainda apresenta esses sintomas ativos (Green, e Bieling, 2012).

No presente estudo é assumida uma concetualização multifacetada deste constructo, considerando uma estrutura de cinco fatores: observar, descrever, agir com consciência, aceitar sem julgar e não reagir (Baer et al., 2006; Gregório e Gouveia, 2011).

Autocompaixão

Segundo Neff (2003a), a autocompaixão representa uma atitude calorosa e de aceitação pelos aspetos negativos do *self* ou da vida, sendo composta por três componentes básicos: (a) calor/compreensão, isto é, a capacidade para ser amável e compreensível para consigo próprio, em vez de ser demasiado crítico e punitivo; (b) condição humana, que significa entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior; e (c) *mindfulness*, a consciência equilibrada e aceitação dos

próprios sentimentos e sentimentos dolorosos, sem uma excessiva sobreidentificação com os mesmos.

A autocompaixão implica assumir uma postura de aceitação em relação a aspetos considerados menos positivos, quer na vida quer com o próprio, mesmo em situações de sofrimento. Observou-se que sentimentos de compaixão correspondem a níveis elevados de ativação cerebral no córtex pré-frontal, uma região associada ao contentamento e ao optimismo (Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard, e Davidson, 2004).

Alguns estudos têm demonstrado que a autocompaixão é um forte preditor da saúde mental e do bem-estar (Gilbert e Irons, 2004; Neff, 2003a,b; Neff, Rude, e Kirkpatrick, 2007). Os estudos de Neff e colaboradores (2007) revelaram que este conceito está negativamente associada com o autocrítico, a depressão, a ansiedade, a ruminação, a supressão de pensamento, o perfeccionismo neurótico e a afetividade negativa no geral. Por outro lado, o mesmo conceito aparece positivamente associada com a satisfação com a vida, a felicidade, inteligência emocional, a conectividade social, a sabedoria, a iniciativa pessoal, o otimismo, a curiosidade e exploração, a agradabilidade, a extroversão, a conscienciosidade e a afetividade positiva no geral (Neff et al., 2007).

Investigações recentes, sobre as qualidades consideradas “inimigas” da autocompaixão (isolamento, autocrítica e sobreidentificação), destacam o impacto negativo significativo, no bem-estar, uma vez que é negado ao indivíduo a possibilidade de se sentir enquadrado na sociedade onde se move, impedindo-o, assim, de sentir que possui uma direção na vida e de criar relações sociais estáveis e significativas, “objetivos” estes que estão associados a níveis elevados de bem-estar (Keyes, 2008).

Relativamente à depressão, os tratamentos existentes eram centrados sobretudo no alívio e reparação da sintomatologia depressiva, mais do que em construir recursos positivos. No entanto, a ausência de sentimentos negativos não é equivalente à presença de sentimentos positivos (Sin, Porta e Lyubomirsky, 2010). Por este motivo, as novas abordagens positivas permitem uma conceptualização da depressão como mais do que um simples estado negativo que tem de ser “reparado” ou “eliminado” a todo o custo.

Os estudos de Gilbert sobre a terapia focada na autocompaixão tem demonstrado a sua eficácia em indivíduos com elevados níveis de autocrítico e vergonha, frequente em indivíduos quem experienciaram situações traumáticas, tornando-se hipersensíveis às ameaças de rejeição ou críticas vindas do exterior e que facilmente se desvalorizam e, consequentemente, desenvolvem pensamentos e crenças negativas inerentes aos quadros clínicos de depressão (Gilbert, 2009; Gilbert e Procter, 2006).

Bem-Estar Espiritual

Vários estudos na última década têm relacionado a dimensão espiritual com a saúde, centrando-se na perceção de elevado nível de fé, não necessariamente fé religiosa (Ljunggren, 2012), sendo o conceito de espiritualidade mais amplo que o de religiosidade. A espiritualidade não se traduz apenas nas pessoas que vão à igreja e nem é sinónimo de religião, para além de que não tem o mesmo significado para todos (Mooney, Eisenberg e Eisenberg, 1994), sendo um processo pessoal, subjetivo e experiencial (Laubmeier, Zakowski e Bair, 2004). Neste sentido, a espiritualidade é uma dimensão importante da existência do ser humano, desde os primórdios da humanidade, referindo-se a algo fora do realismo da ciência e do mundo intelectual, isto é, a alguns mistérios da vida, tais como a fé, o amor, a verdade, a confiança e a compaixão (Mooney, Eisenberg e Eisenberg, 1994; O'Connor e McDermott, 2001).

A espiritualidade tem sido considerado um mecanismo de *coping* focado nas emoções, ao permitir às pessoas se adaptarem a uma situação adversa, mantendo a esperança e, conseqüentemente, influenciando o seu bem-estar psicológico e interpessoal (Laubmeier, Zakowski e Bair, 2004). O bem-estar espiritual tem sido concetualizado como uma forma de estar dinâmica, que se reflete na qualidade das relações que o indivíduo estabelece em quatro domínios da existência humana: consigo próprio (domínio pessoal), com os outros (domínio comunitário), com o ambiente (domínio ambiental) e com algo ou alguém que transcende o domínio humano (domínio transcendental). O bem-estar espiritual global de uma pessoa será então resultante do efeito combinado do bem-estar espiritual em cada um dos domínios (Fisher, 1999).

Na literatura existem referências relevantes que evidenciam o impacto da espiritualidade sobre os diferentes domínios do funcionamento psicológico, onde aparece relacionada com níveis mais reduzidos de depressão, índices mais elevados de esperança e bem-estar, o que traduz uma correlação positiva com a qualidade de vida em geral (Rocha e Fleck, 2011).

A dimensão espiritual parece ser pertinente no significado que o indivíduo dá à sua doença e ao seu sofrimento, principalmente em doenças crónicas e prolongadas. Ao longo da vida, e face às mudanças no estado de saúde, a espiritualidade pode ser um recurso de esperança, na medida em que questões relacionadas com o sentido da vida e como a incessante procura de significados para explicar tudo o que nos rodeia, não conseguem ter respostas na ciência e tecnologia (Pinto e Ribeiro, 2007). Não obstante,

para a maioria das pessoas leva muito tempo até se desenvolver a espiritualidade, principalmente em pessoas com diagnóstico de depressão crónica que desacreditaram no mundo que as rodeia (Mooney, Eisenberg e Eisenberg, 1994). E é exatamente em situações crónicas que uma espiritualidade elevada pode contribuir para que a pessoa encontre um sentido para a sua doença e se adapte da melhor forma possível (Pinto e Ribeiro, 2007).

Investigações recentes realçam a importância de desenvolver a espiritualidade nos quadros clínicos depressivos, ao contrariar o isolamento social que caracteriza esta perturbação (O'Connor e McDermott, 2001). Revisões da literatura destacaram que em cerca de dois terços dos estudos os sujeitos com maior espiritualidade tinham menos distúrbios de depressão ou menos sintomas depressivos. Igualmente, entre 68 estudos, cerca de 57 indicavam que existia menos suicídios ou menos atitudes negativas em relação ao suicídio entre sujeitos com maiores níveis de espiritualidade (Dew, Daniel, Armstrong, Goldston, Triplett e Koenig, 2008; Koenig, 2009).

A intervenção terapêutica ministrada em Villa Ramadas, um centro de tratamento internacional num formato de comunidade terapêutica, implica um período de internamento de seis a oito meses e a adoção do modelo terapêutico de intervenção, designado por modelo *Change and Grow*, assente em cinco princípios (Verdade, Aceitação, Gratidão, Amor e Responsabilidade) e contempla diversas estratégias terapêuticas promotoras de competências de *mindfulness*, da autocompaixão e do bem-estar espiritual, variáveis que sustentaram a operacionalização deste estudo (ver Apêndice H).

A presente investigação é realizada com sujeitos que têm diagnóstico de perturbação depressiva persistente, tendo como objetivo principal comparar dois grupos de sujeitos, em fases distintas do seu tratamento psicoterapêutico (durante e após intervenção terapêutica) em relação às variáveis em estudo: *mindfulness*, autocompaixão, bem-estar espiritual e depressão.

Para tal, foram definidos como objetivos específicos: 1) Comparar os índices de *mindfulness*, autocompaixão e espiritualidade em dois grupos de sujeitos: durante e após intervenção terapêutica (internamento em comunidade terapêutica); 2) Estudar as associações existentes entre as principais variáveis do estudo (*mindfulness*, autocompaixão, bem-estar espiritual e depressão); 3) Verificar se existem diferenças nas variáveis (*mindfulness*, autocompaixão, bem-estar espiritual e depressão) em função do sexo, da existência de tratamentos psiquiátricos anteriores, do grupo de pertença

(durante e após a intervenção) e dos níveis de depressão; 4) Estudar as associações entre a depressão e as variáveis *mindfulness*, autocompaixão e bem-estar espiritual, separadamente no grupo durante a intervenção e no grupo após a intervenção; e 5) Identificar quais são os preditores da depressão (avaliada pelo BDI II), nomeadamente o *mindfulness* (QCFM), a autocompaixão (SELFCS) e o bem-estar espiritual (QBEE).

Materiais e Métodos

Desenho de Investigação

Trata-se de um estudo com recurso ao método quantitativo, emparelhado do tipo comparativo e correlacional (Blundell, e Dias, 2000; Bryan, 2007; D'Hainaut, 1992).

Participantes

A amostra é de cariz não-probabilístico e por conveniência, sendo constituída por 63 participantes com diagnóstico de perturbação depressiva persistente (American Psychiatric Association, 2013), de ambos os sexos, sendo 55,6% homens e 44,4% mulheres, com idades compreendidas entre os 15 e os 57 anos ($M=32,84$; $DP=10,24$), com nacionalidade portuguesa. Além disso, 32 (50,8%) participantes não indicaram tratamentos anteriores, enquanto 28 (44,4%) revelaram que já foram sujeitos a tratamentos anteriores. Estes tratamentos variam entre 1 e 8 ($M = 2,45$; $DP = 1,83$) com uma duração entre 1 e 22 meses ($M = 7,03$; $DP = 5,92$).

Um dos grupos era constituído por 32 sujeitos que se encontravam em processo de intervenção terapêutica, sendo que 59,4% da amostra era do sexo masculino e 40,6% do sexo feminino, com idades entre os 15 e os 50 ($M = 30,78$; $DP = 9,54$). O outro grupo foi constituído por 31 sujeitos que já tinham concluído a intervenção terapêutica pelo menos há um ano, sendo que 51,6% eram homens e 48,4% mulheres, com idades entre os 16 e os 57 ($M = 34,97$; $DP= 10,65$).

Foi definido como critério de inclusão os sujeitos terem o diagnóstico de perturbação depressiva persistente aquando do internamento na clínica onde decorreu a recolha de dados. O diagnóstico de perturbação depressiva persistente foi previamente realizado ou confirmado pelo técnico de saúde mental (psiquiatra) que colabora com a instituição, de acordo com os critérios do DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), procedimento que ocorreu durante a primeira semana de internamento. Apesar de alguns sujeitos terem apresentado comorbilidade com quadros de dependência química

e/ou comportamental, não foi feito esse levantamento por não se centrar no objetivo principal deste estudo.

Tabela 1
Caracterização Sociodemográfica da Amostra

	Amostra Total		Grupo Durante o Tratamento		Grupo Após o Tratamento	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	35	55,6	19	59,4	16	51,6
Feminino	28	44,4	13	40,6	15	48,4
Estado civil						
Solteiro	42	67,7	22	70,9	20	64,5
Casado	9	14,5	3	9,7	6	19,4
Divorciado	5	8,0	3	9,7	2	6,5
União de facto	6	9,8	3	9,7	3	9,6
Habilitações literárias						
Até ao 1º Ciclo do Ensino Básico	1	1,6	0	0,0	1	3,2
2º ao 3º Ciclo do Ensino Básico	14	22,2	4	12,5	10	32,3
Ensino secundário	30	47,6	18	56,3	12	38,7
Ensino superior	18	28,6	10	31,2	8	25,8
Situação profissional						
Empregado	21	33,3	6	18,8	15	48,4
Desempregado	25	39,7	13	40,6	10	32,2
Reformado	1	1,6	0	0,0	1	3,2
Estudante	16	25,4	13	40,6	5	16,2

Procedimento

Numa primeira fase do estudo, foram contactados os autores (apêndice A,B,C,D), de cada instrumento: Inventário Depressivo de Beck (BDI II) (anexo 1), Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (QCFM) (anexo 2), Escala de Autocompaixão (SELFCS) (anexo 3) e Questionário de Bem-Estar Espiritual (QBEE) (anexo 4), e após as respetivas autorizações (Anexo 5), foi constituído o protocolo de avaliação, que também incluiu o Questionário Sociodemográfico (apêndice F), com vista à autorização da sua utilização para fins de investigação. Em seguida, iniciou-se o contacto com Villa Ramadas, para obtenção da autorização (apêndice E) para realizar o presente estudo. Seguiu-se a recolha dos dados, sendo o protocolo de avaliação aplicado a todos os participantes, já sinalizados com o diagnóstico de Perturbação Depressiva Persistente de acordo com os critérios do DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), mediante consentimento informado (apêndice G) e assegurando a confidencialidade dos dados. O protocolo do estudo foi aplicado pela equipa técnica de Villa Ramadas (Centro de especialização em dependências químicas, emocionais e comportamentais, em Alcobaça), durante os meses de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015. Numa última e

quarta fase procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados, recorrendo-se ao *software* SPSS, versão 21, de forma a analisar as variáveis em estudo.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

De modo a caracterizar a amostra foi elaborado um questionário sociodemográfico com as variáveis idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, história clínica e caracterização dos tratamentos anteriores (ver apêndice F).

Inventário Depressivo de Beck (BDI II)

O Inventário Depressivo de Beck (*Beck Depression Inventory (BDI)* de Beck, Ward, Mendelson, Mock, e Erbaugh, 1961; Ponciano, Cardoso e Pereira, 2004 (BDI II)) tem como objetivo avaliar a sintomatologia depressiva. Foi elaborado com base na observação clínica de doentes deprimidos. Utilizou-se o BDI-II, versão em língua portuguesa de Ponciano, Cardoso e Pereira (2004), constituído por 21 afirmações de sintomas e atitudes, cada uma tendo um grupo sintomatológico que abarca as manifestações existentes nas diversas intensidades no quadro clínico depressivo. Cada categoria é constituída por quatro frases, com valores de zero a três pontos, dispostas por ordem crescente de intensidade, em que o indivíduo seleciona a frase que melhor define o estado emocional vivenciado nas duas últimas semanas. A pontuação total do questionário situa-se entre os zero e os sessenta e três pontos. Onze dimensões do questionário relacionam-se com aspetos cognitivos, cinco com comportamentos observáveis, duas com o afeto e uma com sintomas interpessoais (ver anexo 1). No que respeita às suas propriedades psicométricas, Ponciano, Cardoso e Pereira (2004) obtiveram um *alpha* de Cronbach de 0,93, o que revela uma excelente consistência interna. Neste estudo o *alpha* de Cronbach foi de 0,80, que pode ser considerado como um bom valor (Pestana e Gageiro, 2008).

Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness

O Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (*Five Facet Mindfulness Questionnaire (QCFM)* de Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, e Toney, 2006; versão portuguesa de Gregório, e Pinto-Gouveia, 2011) é composto por 39 itens de autorresposta que avaliam a tendência de cada indivíduo para estar *mindful* no dia-a-dia. Nesta perspetiva, *estar mindful* define a habilidade de dirigir totalmente a atenção às experiências que ocorrem no momento presente, aceitando-as sem as julgar (Baer,

2003). Todos os itens são respondidos numa escala de tipo *Likert* de 1 (“nunca ou muito raramente verdadeiro”) a 5 (“muito frequentemente ou sempre verdadeiro”) (ver anexo 2). Os autores conceptualizam o *mindfulness* na sua qualidade disposicional como um constructo multifacetado, avaliando-o em cinco facetas distintas (Baer et al., 2006; Pestana e Gageiro, 2008).

As subescalas da versão original apresentaram valores indicativos de uma boa consistência interna: observar $\alpha = 0,83$; descrever $\alpha = 0,91$; agir com consciência = $\alpha = 0,87$; não julgar $\alpha = 0,87$; não reagir $\alpha = 0,75$. Neste estudo os *alphas* de *Cronbach's* da *QCFM* foram respetivamente: observar = 0,74, descrever = 0,88, agir com consciência = 0,91, não julgar = 0,89 e não reagir = 0,74, que podem ser considerados bons índices de consistência interna (Pestana e Gageiro, 2008).

Escala de Autocompaixão

A Escala de Autocompaixão (*Self Compassion Scale (SELFCS)* de Neff, 2003b, versão portuguesa de Castilho e Pinto-Gouveia, 2011) é um instrumento de medida de autorresposta com 26 itens, organizados em 6 subescalas que avaliam as seguintes dimensões: calor/compreensão, autocrítica, condição humana, isolamento, *mindfulness* e sobreidentificação. Os resultados obtidos por Neff (2003a) revelaram níveis de consistência interna ($\alpha = 0,92$) e teste-reteste ($\alpha = 0,93$) muito bons (ver anexo 3). Neste estudo os *alpha* de *Cronbach* de cada subescala foram: calor/compreensão 0,84, condição humana 0,84, *mindfulness* 0,70, autocrítica 0,79, isolamento: 0,74 e a de sobreidentificação foi de 0,83. Para a escala total o *alpha* foi de 0,94, o que indica que este instrumento apresenta uma boa consistência interna, logo uma elevada fidelidade (Pestana e Gageiro, 2008).

Questionário de Bem-Estar Espiritual

O Questionário de Bem-Estar Espiritual *Spiritual (QBEE)* (*Well-being Questionnaire (SWBQ)* de Gomez e Fisher, 2003, 2005; versão portuguesa de Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009) é um questionário de autorresposta, constituído por 20 itens, distribuídos de igual forma (5 itens) para avaliarem cada uma das quatro subescalas de bem-estar espiritual (QBEE): pessoal (*e.g.*, sentido para a vida), comunitária (*e.g.*, bondade para com os outros), ambiental (*e.g.*, ligação com a natureza) e transcendental (*e.g.*, união com Deus). Aos respondentes é pedido que indiquem em que medida sentem que cada afirmação reflete a sua experiência pessoal atual. Os itens são avaliados numa escala 5 pontos (variando de 1=muito pouco a 5=totalmente). Todos os

itens são formulados positivamente e o resultado é obtido pela média das respostas atribuídas aos itens de cada subescala. É possível igualmente obter uma medida global de QBEE resultante da adição dos diferentes domínios (ver anexo 4). Os autores originais apresentam bons resultados de fiabilidade e validade para todas as subescalas, com valores de consistência interna para diferentes subamostras variando entre $\alpha=0,76$ e $\alpha=0,95$ (Gomez e Fisher, 2003, 2005). Neste estudo os *alpha* de Cronbach do QBEE foram respetivamente: bem-estar pessoal= 0,86, bem-estar comunitário= 0,84, bem-estar ambiental= 0,94, bem-estar transcendental= 0,87, bem-estar global= 0,94, pelo que o instrumento apresenta uma boa consistência interna (Pestana e Gageiro, 2008).

Análise estatística

O primeiro passo da análise de dados foi a verificação do pressuposto da normalidade para todas as variáveis. Assim, recorreu-se aos valores de assimetria e curtose, que deverão ser menores que 3 e 8, respetivamente (Kline 2005). Nesta amostra, todas as variáveis revelaram valores de assimetria entre 1,32 e -0,58 e valores de curtose entre 1,79 e -0,48. Além disso, quando há mais de 30 participantes, a amostra tende para a normalidade (Amaro, Silvestre e Fernandes, 2013), pelo que se recorreu a testes estatísticos paramétricos.

Desta forma, tendo em consideração os objetivos deste estudo, a análise estatística iniciou-se pela realização de correlações de *Pearson*, com o propósito de explorar as associações entre as variáveis em estudo, nomeadamente entre a presença de sintomatologia depressiva (BDI II), o *mindfulness* (QCFM), a autocompaixão (SELFCS) e o bem-estar espiritual (QBEE), para a amostra total. Também foram estudadas as associações entre a depressão nos dois grupos (Durante e Após o tratamento) e as variáveis *mindfulness*, autocompaixão e bem-estar espiritual. De seguida, foram analisadas as diferenças nas variáveis em estudo (sintomatologia depressiva, *mindfulness*, autocompaixão e bem-estar espiritual) em função do sexo, da existência de tratamentos anteriores, do grupo de pertença (Durante e Após o tratamento) e dos níveis de Depressão. De forma a analisar padrões diferenciais entre os grupos, foram igualmente realizadas análises específicas para cada um dos grupos (Durante e Após o tratamento), em função do sexo e níveis de depressão. Para tal, recorreu-se aos testes de *t*. Embora a MANOVA (Análise de Variância Multivariada) seria mais apropriada para evitar o erro de tipo I, optou-se pelos testes de *t* devido à multicolinearidade (correlações elevadas entre as variáveis) (Tabachnick e Fidell,

2007). Por fim, à semelhança das análises anteriores, foram explorados os preditores de depressão (BDI-II) na amostra total e nos grupos Durante e Após o Tratamento.

No que respeita à classificação das correlações, nas correlações *muito baixas*, o r situa-se abaixo de 0,19, nas correlações *baixas*, o r está entre o 0,20 e 0,39, e nas correlações *moderadas* o r situa-se entre 0,40 e 0,69, sendo *alta* uma correlação entre 0,70 e 0,89 (Pestana e Gageiro, 2008). Na avaliação da magnitude das correlações optou-se pelos critérios de Cohen (cit. por Pallant, 2011; Cohen, 1992): 0,10 (baixa), 0,30 (moderada); 0,50 (elevada).

Resultados

Análise descritiva das variáveis em estudo

A Tabela 2 (ver Tabela 2) apresenta as estatísticas descritivas das variáveis em estudo. No geral, destacam-se os valores médios mais baixos na dimensão *mindfulness* da SELFCS ($M = 11,77$) e da dimensão bem-estar transcendental do questionário de bem-estar espiritual ($M = 16,68$).

Associações entre as variáveis em estudo

Relativamente às associações entre a depressão (BDI II) e as diferentes dimensões do *mindfulness* (QCFM), os resultados revelaram que a depressão apresenta associações negativas de magnitude moderada com as dimensões observar ($r = -0,29$, $p = 0,036$), descrever ($r = -0,29$, $p = 0,036$), agir com consciência ($r = -0,40$, $p = 0,003$), não julgar ($r = -0,40$, $p = 0,003$) e não reagir ($r = -0,43$, $p = 0,001$).

No que diz respeito às associações entre a depressão (BDI II) e a autocompaixão (QBEE), existe uma associação negativa de magnitude moderada com o total da autocompaixão (QBEE) ($r = -0,32$, $p = 0,029$). Pelo contrário, verificou-se que a Depressão está positivamente associada com a autocrítica ($r = 0,32$, $p = 0,020$) e o isolamento ($r = 0,31$, $p = 0,029$).

Tabela 2

Estatísticas Descritivas das Variáveis em Estudo para a Amostra Total e Grupos Durante e Após o Tratamento

		Amostra Total					Grupo Durante do Tratamento					Grupo Após do Tratamento				
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mín.	Máx.	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mín.	Máx.	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mín.	Máx.
BDI II																
	Depressão	53	7,87	6,19	0	27	27	8,70	6,39	0	24	26	7,00	5,97	0	27
QCFM																
	Observar	62	22,79	5,43	7	35	32	22,66	4,75	10	31	30	22,93	6,16	7	35
	Descrever	61	25,89	6,73	9	40	30	24,43	6,78	9	40	31	27,29	6,49	10	40
	Agir com consciência	63	25,94	6,88	8	40	32	25,41	7,01	11	40	31	26,48	6,81	8	37
	Não julgar	63	22,02	6,92	8	40	32	21,75	7,15	8	40	31	22,29	6,78	8	40
	Não reagir	62	20,85	4,36	8	31	31	20,16	4,53	8	30	31	21,55	4,14	8	31
SELFCS																
	Calor/compreensão	62	13,53	3,90	5	25	31	12,71	3,45	5	19	31	14,35	4,20	5	25
	Condição humana	62	12,94	3,44	4	20	31	12,06	3,78	4	20	31	13,81	2,87	7	19
	<i>Mindfulness</i>	62	11,77	2,86	5	19	32	11,03	2,88	5	16	30	12,57	2,66	6	19
	Autocrítica	63	15,60	4,05	8	25	32	16,38	4,26	9	25	31	14,81	3,73	8	24
	Isolamento	61	12,03	3,33	5	20	31	12,48	3,27	6	20	30	11,57	3,38	5	20
	Sobre identificação	61	12,38	3,52	4	20	31	13,35	3,38	4	20	30	11,37	3,42	4	20
	Total	56	75,79	17,26	27	113	28	70,86	17,96	27	111	28	80,71	15,29	33	113
QBEE																
	Bem-estar pessoal	62	18,13	3,85	6	25	32	17,47	3,92	6	23	30	18,83	3,71	10	25
	Bem-estar comunitário	62	18,16	3,42	8	25	32	17,97	2,96	10	25	30	18,37	3,90	8	25
	Bem-estar ambiental	61	18,13	4,81	7	25	32	18,00	3,90	11	25	29	18,28	5,73	7	25
	Bem-estar transcendental	62	16,68	4,58	6	25	32	16,41	4,68	6	23	30	16,97	4,54	6	25
	Bem-estar global	61	71,18	13,83	32	100	32	69,84	11,41	45	94	29	72,66	16,18	32	100

Finalmente, relativamente à associação entre depressão e o bem-estar espiritual (QBEE), também foram encontradas associações moderadas negativas entre a depressão e as dimensões de bem-estar pessoal ($r = -0,42, p = 0,002$), comunitário ($r = -0,28, p = 0,044$), ambiental ($r = -0,31, p = 0,023$) e global ($r = -0,36, p = 0,008$).

Apesar de não ser o objetivo principal deste estudo, importa ainda destacar as associações de magnitude elevada entre as subescalas da mesma escala, evidenciando a validade dos instrumentos utilizados. Uma análise entre as diferentes escalas também demonstrou fortes associações, sobretudo entre a dimensão descrever da escala do *mindfulness* e a dimensão *mindfulness* da escala da autocompaixão ($r = 0,62, p < 0,001$), e a dimensão não julgar da escala do *mindfulness* com a autocrítica da escala da autocompaixão ($r = -0,60, p < 0,000$) (Tabela 3).

Tabela 3
Correlações de Pearson entre as Variáveis em Estudo

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
BDI II																		
1. Depressão	1	-0,29*	-0,29*	-0,41**	-0,40**	-0,43**	-0,21	-0,17	-0,19	0,32*	0,31*	0,27	-0,32*	-0,42**	-0,28*	-0,31*	-0,23	0,36**
QCFM																		
2. Observar		1	0,26*	0,25*	-0,12	0,48**	0,42**	0,39**	0,44***	-0,11	-0,19	-0,05	0,35**	0,32*	0,26*	0,49***	0,40**	0,47***
3. Descrever			1	0,42**	0,16	0,55***	0,32*	0,54***	0,62***	-0,03	-0,42**	-0,18	0,44**	0,38**	0,14	0,20	0,43**	0,35**
4. Agir com consciência				1	0,53***	0,25*	0,41**	0,51***	0,50***	-0,34**	-0,38***	-0,44***	0,57***	0,45***	0,34**	0,34**	0,51***	0,51***
5. Não julgar					1	0,03	0,22	0,34**	0,24	-0,60***	-0,35**	-0,59***	0,53***	0,17	0,15	0,09	0,20	0,20
6. Não reagir						1	0,46***	0,49***	0,54***	-0,24	-0,36**	-0,15	0,49***	0,53***	0,28*	0,20	0,38**	0,42**
SELFCS																		
7. Calor/compreensão							1	0,69***	0,63***	-0,50***	-0,54***	-0,55***	0,84***	0,45***	0,23	0,23	0,44***	0,41**
8. Condição humana								1	0,70***	-0,34**	-0,44***	-0,50***	0,77***	0,45***	0,25	0,25	0,55***	0,53***
9. Mindfulness									1	-0,30*	-0,48***	-0,42**	0,76***	0,43**	0,24	0,30*	0,46***	0,44**
10. Autocrítica										1	0,63***	0,80***	-0,81***	-0,29*	-0,05	0,17	-0,22	0,24
11. Isolamento											1	0,67***	-0,81***	-0,40**	-0,01	-0,20	-0,21	0,27*
12. Sobreidentificação												1	-0,83***	-0,29*	0,12	-0,05	-0,20	0,16
13. Total													1	0,49***	0,15	0,24	0,45**	0,42**
QBEE																		
14. Bem-estar pessoal														1	0,58***	0,50***	0,62***	0,80***
15. Bem-estar comunitário															1	0,60***	0,53***	0,80***
16. Bem-estar ambiental																1	0,61***	0,84***
17. Bem-estar transcendental																	1	0,85***
18. Bem-estar global																		1

Correlação de Pearson (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; NS = Não Significativo)

Diferenças em função do sexo

A análise das diferenças em função do sexo revelou diferenças significativas na dimensão de *mindfulness* de Não julgar ($t(61) = -2,68, p = 0,010$), indicando que os homens tendem a apresentar maiores níveis nesta variável comparativamente com as mulheres. Além disso, verificaram-se diferenças significativas no total da escala da autocompaixão ($t(51) = -2,67, p = 0,010$), bem como nas dimensões de calor/compreensão ($t(60) = -2,05, p = 0,045$), autocrítica ($t(61) = 2,06, p = 0,044$), isolamento ($t(59) = 3,36, p = 0,001$) e sobreidentificação ($t(59) = 2,94, p = 0,005$) (ver Tabela 4)

Tabela 4

Diferenças em Função da Sexo para a Amostra Total

	Sexo Feminino (n=28)		Sexo Masculino (n=35)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
BDI II						
Depressão	8,36	6,63	7,43	5,86	0,54	0,589
QCFM						
Observar	23,86	4,90	21,91	23,86	1,42	0,162
Descrever	24,22	6,84	27,21	24,22	-1,75	0,086
Agir com consciência	25,00	6,21	26,69	25,00	-0,97	0,338
Não julgar	19,54	5,80	24,00	19,54	-2,68	0,010
Não reagir	20,78	4,89	20,91	20,78	-0,12	0,904
SELFCS						
Calor/compreensão	12,41	4,27	14,40	12,41	-2,05	0,045
Condição humana	12,48	3,92	13,29	12,48	-0,91	0,366
<i>Mindfulness</i>	11,11	3,48	12,32	11,11	-1,62	0,113
Autocrítica	16,75	4,34	14,69	16,75	2,06	0,044
Isolamento	13,52	3,53	10,85	13,52	3,36	0,001
Sobreidentificação	13,78	3,36	11,26	13,78	2,94	0,005
Total	69,04	19,12	80,84	13,99	-2,67	0,010
QBEE						
Bem-estar pessoal	17,70	4,09	18,46	3,68	-0,76	0,450
Bem-estar comunitário	18,22	4,05	18,11	2,91	0,12	0,903
Bem-estar ambiental	18,96	4,89	17,47	4,72	1,21	0,232
Bem-estar transcendental	17,11	4,95	16,34	4,32	0,65	0,517
Bem-estar global	72,00	14,88	70,53	13,14	0,41	0,684

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio padrão; *t* = *t* de Student; *p* = nível de significância ($p < 0,05$)

Diferenças em função dos tratamentos anteriores

A análise das diferenças em função da existência ou não de tratamentos anteriores revelou diferenças significativas na depressão ($t(31) = -2,10$, $p = 0,018$), demonstrando que os participantes com tratamentos anteriores tendem a apresentar maiores níveis de depressão (ver Tabela 5).

Tabela 5

Diferenças em Função dos Tratamento Anteriores

	Sem tratamentos anteriores n=32		Com Tratamentos anteriores n=28			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
BDI II						
Depressão	5,64	4,05	9,95	7,25	-2,50	0,018
QCFM						
Observar	22,71	4,56	23,32	6,04	-0,44	0,661
Descrever	26,32	7,09	25,22	6,54	0,61	0,544
Agir com consciência	25,81	7,18	26,07	6,92	-0,14	0,888
Não julgar	21,84	7,15	22,39	6,56	-0,31	0,759
Não reagir	21,59	2,91	20,07	5,49	1,29	0,204
SELFCS						
Calor/compreensão	13,91	4,16	13,00	3,75	0,87	0,387
Condição humana	13,28	3,09	12,59	3,92	0,75	0,454
<i>Mindfulness</i>	12,29	2,62	11,29	3,00	1,37	0,176
Autocrítica	15,53	3,94	15,79	4,09	-0,25	0,807
Isolamento	11,53	3,33	12,57	3,45	-1,17	0,248
Sobreidentificação	11,94	3,44	12,85	3,64	-0,99	0,326
Total	77,90	17,76	73,40	1,62	0,96	0,344
QBEE						
Bem- estar pessoal	18,75	3,61	17,22	4,18	1,51	0,138
Bem-estar comunitário	18,22	3,41	18,26	3,28	-0,05	0,963
Bem-estar ambiental	18,44	4,74	18,04	5,06	0,31	0,758
Bem-estar transcendental	16,81	4,60	16,48	4,89	0,27	0,790
Bem-estar global	72,22	13,69	70,15	14,56	0,56	0,581

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio padrão; *t* = *t* de Student; *p* = nível de significância ($p < 0,05$)

Diferenças entre os Grupos Durante e Após o Tratamento

Tendo em consideração as diferenças entre os grupos Durante e Após o Tratamento, verificaram-se diferenças significativas na autocompaixão, nas dimensões condição humana ($t(60) = 2,05, p = 0,045$), *mindfulness* ($t(60) = 2,18, p = 0,033$) e sobreidentificação ($t(59) = -2,28, p = 0,026$), bem como no Total de autocompaixão ($t(54) = 2,21, p = 0,031$). Este resultados sugerem que os participantes do grupo Após o Tratamento, comparativamente com os do grupo Durante o Tratamento, tendem a apresentar maiores níveis no total da autocompaixão e nas dimensões condição humana e sobreidentificação mas, por outro lado, menores níveis na sobreidentificação (Tabela 6).

Tabela 6

Diferenças em Função do Grupo de Tratamento

	Grupo Durante Tratamento (n=31)		Grupo Após Tratamento (n=32)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
BDI II						
Depressão	8,70	6,39	7,00	5,97	-1,00	0,321
QCFM						
Observar	22,66	4,75	22,93	6,16	0,20	0,843
Descrever	24,43	6,78	27,29	6,49	1,68	0,098
Agir com consciência	25,41	7,01	26,48	6,81	0,62	0,538
Não julgar	21,75	7,15	22,29	6,78	0,31	0,759
Não reagir	20,16	4,53	21,55	4,14	1,26	0,213
SELFCS						
Calor/compreensão	12,71	3,45	14,35	4,20	1,69	0,097
Condição humana	12,06	3,78	13,81	2,87	2,05	0,045
Mindfulness	11,03	2,88	12,57	2,66	2,18	0,033
Autocrítica	16,38	4,26	14,81	3,73	-1,55	0,126
Isolamento	12,48	3,27	11,57	3,38	-1,08	0,286
Sobreidentificação	13,35	3,38	11,37	3,42	-2,28	0,026
Total	70,86	17,96	80,71	15,29	2,21	0,031
QBEE						
Bem-estar pessoal	17,47	3,92	18,83	3,71	1,41	0,165
Bem-estar comunitário	17,97	2,96	18,37	3,90	0,46	0,651
Bem-estar ambiental	18,00	3,90	18,28	5,73	0,22	0,829
Bem-estar transcendental	16,41	4,68	16,97	4,54	0,48	0,634
Bem-estar global	69,84	11,41	72,66	16,18	0,79	0,433

M = Média; *DP* = Desvio padrão; *t* = *t* de Student; *p* = nível de significância ($p < 0,05$)

Diferenças em função dos Níveis de Depressão

Na versão breve do BDI, os sujeitos podem ser classificados de acordo com os seguintes pontos de corte: sem depressão (0-4); depressão ligeira (5-7); depressão moderada (8-15); depressão severa (mais de 16) (Beck et al., 1961). Neste sentido, de forma a proceder à análise das diferenças em função dos níveis de depressão, optou-se por dividir os participantes em: sem depressão/depressão ligeira (0-7) e depressão

moderada/severa (≥ 8).

Neste sentido, encontraram-se diferenças significativas nas dimensões de *Mindfulness* de Agir com consciência ($t(51) = 2,63$, $p = 0,011$), Não julgar ($t(51) = 3,78$, $p < 0,001$) e Não reagir ($t(50) = 2,15$, $p = 0,037$). Observaram-se igualmente diferenças significativas no total de autocompaixão ($t(45) = 2,35$, $p = 0,023$) e nas suas dimensões de autocrítica ($t(51) = -3,04$, $p = 0,004$), isolamento ($t(49) = -2,16$, $p = 0,036$) e sobreidentificação ($t(49) = -3,05$, $p = 0,004$). Além disso, verificou-se também uma diferença significativa no questionário de bem-estar espiritual, na dimensão bem-estar pessoal do bem-estar espiritual ($t(51) = 2,04$, $p = 0,046$). Estes resultados indicam que os participantes sem depressão/depressão ligeira tendem a apresentar maiores níveis nas facetas de *mindfulness* de agir com consciência, não julgar e não reagir, bem como no total de autocompaixão e bem-estar pessoal, comparativamente com os do grupo depressão moderada/severa. Por outro lado, os participantes com depressão moderada/severa apresentam maiores níveis de autocrítica, isolamento e sobreidentificação (Tabela 7).

Tabela 7

Diferenças em Função dos Níveis de Depressão para a Amostra Total

	Sem Depressão/D. Ligeira (n=34)		Depressão moderada/Severa (n=19)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
QCFM						
Observar	23,03	4,86	22,32	6,06	0,47	0,643
Descrever	26,85	7,03	24,42	6,91	1,21	0,233
Agir com consciência	28,06	6,02	23,26	6,96	2,63	0,011
Não julgar	24,32	5,88	17,84	6,17	3,78	0,000
Não reagir	21,74	3,24	19,28	4,99	2,15	0,037
SELFCS						
Calor/compreensão	14,00	3,63	12,50	4,06	1,36	0,180
Condição humana	13,32	3,31	12,63	3,71	0,70	0,488
<i>Mindfulness</i>	12,21	2,76	11,32	2,83	1,12	0,269
Autocrítica	14,62	3,20	17,68	4,04	-3,04	0,004
Isolamento	11,44	2,98	13,37	3,25	-2,16	0,036
Sobreidentificação	11,67	3,16	14,33	2,63	-3,05	0,004
Total	79,57	15,54	68,35	15,98	2,35	0,023
QBEE						
Bem-estar pessoal	18,53	3,09	16,37	4,60	2,04	0,046
Bem-estar comunitário	18,24	2,49	17,26	4,72	0,83	0,412
Bem-estar ambiental	18,47	4,59	16,74	5,42	1,23	0,223
Bem-estar transcendental	17,41	4,26	15,58	5,25	1,38	0,174
Bem-estar global	72,65	11,90	65,95	17,15	1,67	0,100

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio padrão; *t* = *t* de Student; *p* = nível de significância ($p < 0,05$)

Correlações de Pearson para os Grupos Durante e Após o Tratamento

Analisaram-se as associações entre a depressão e as restantes variáveis em estudo, dentro de cada um dos grupos. Assim, no grupo durante tratamento verificaram-se associações negativas moderadas entre a depressão e as dimensões de *mindfulness* de agir com consciência ($r = -0,47, p = 0,015$), não julgar ($r = -0,48, p = 0,011$) e não reagir ($r = -0,53, p = 0,006$), com o total de autocompaixão ($r = -0,57, p = 0,007$) e com a dimensão calor/compreensão ($r = -0,45, p = 0,020$). Além disso, a depressão apresentou também associações positivas de magnitude moderada com a autocompaixão nas dimensões autocrítica ($r = 0,47, p = 0,013$), isolamento ($r = 0,53, p = 0,005$) e sobreidentificação ($r = 0,47, p = 0,015$).

Por seu lado, no grupo após o tratamento, observaram-se associações negativas moderadas entre a depressão e a faceta de descrever ($r = -0,41, p = 0,037$) da *mindfulness*, e associações negativas, de moderadas a elevadas, com todas as dimensões do bem-estar espiritual, nomeadamente pessoal ($r = -0,50, p = 0,008$), comunitário ($r = -0,43, p = 0,025$), ambiental ($r = -0,54, p = 0,004$), transcendental ($r = -0,53, p = 0,006$) e global ($r = -0,58, p = 0,003$) (Tabela 8).

Tabela 8

Correlações com a Depressão para os Grupos Durante e Após e o Tratamento

	Grupo Durante Tratamento (n=32)	Grupo Após Tratamento (n=31)
QCFM		
Observar	-0,23	-0,35
Descrever	-0,15	-0,41*
Agir com consciência	-0,47*	-0,38
Não julgar	-0,48*	-0,34
Não reagir	-0,52**	-0,26
SELFCS		
Calor/compreensão	-0,45*	0,02
Condição humana	-0,30	0,06
<i>Mindfulness</i>	-0,36	0,06
Autocrítica	0,47*	0,11
Isolamento	0,53**	0,06
Sobreidentificação	0,47*	-0,03
Total	-0,53**	-0,01
QBEE		
Bem-estar pessoal	-0,32	-0,50**
Bem-estar comunitário	-0,09	-0,43*
Bem-estar ambiental	-0,05	-0,54**
Bem-estar transcendental	0,04	-0,53**
Bem-estar global	-0,12	-0,58**

Correlação de Pearson (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; NS = Não Significativo)

Análise dos preditores de Depressão

Esta análise centrou-se na exploração dos principais preditores de depressão, quer para a amostra total, quer especificamente para os grupos durante e após o tratamento. Neste sentido, foram realizadas três análises de regressão (método *stepwise*) para a amostra total e seguidamente para cada um dos grupos, considerando separadamente como preditores as subescalas da *mindfulness* (QCFM), da autocompaixão (SELFCS) e do bem-estar espiritual (QBEE). Após uma análise das correlações entre as variáveis em estudo, optou-se por retirar algumas variáveis no sentido de evitar a multicolinearidade. Assim, as dimensões condição humana e sobreidentificação da escala da autocompaixão foram retiradas.

Considerando a amostra na sua totalidade, verificou-se que as dimensões de não reagir ($\beta = -0,34$, $p = 0,012$) e não julgar ($\beta = -0,30$, $p = 0,024$) foram preditores de depressão ($R^2_{\text{ajustado}} = 0,22$, $F(2,47) = 7,98$, $p = 0,001$), explicando 25% da variância. De seguida, a autocrítica ($\beta = 0,32$, $p = 0,025$) revelou ser um preditor significativo com 10% da variância explicada ($R^2_{\text{ajustado}} = 0,08$, $F(1,47) = 2,36$, $p = 0,025$). Por fim, ao nível do bem-estar espiritual, verificou-se que o bem-estar pessoal ($\beta = -0,42$, $p = 0,002$) foi um preditor significativo de depressão, explicando 18% da variância ($R^2_{\text{ajustado}} = 0,16$, $F(1,51) = 19,91$, $p = 0,002$) (Tabela 9).

Tabela 9

Regressões Stepwise para a Depressão – Amostra Total

	$R^2_{\text{ajust.}}$	B	$SE\ B$	β	t	p
Mindfulness (QCFM)						
Não reagir		-0,53	0,20	-0,34	-2,63	0,012
Não julgar		-0,28	0,12	-0,30	-2,33	0,024
Autocompaixão (SELFCS)	0,25					
Autocrítica		0,53	0,23	0,32	2,32	0,025
Bem-estar espiritual (QBEE)						
Bem-estar pessoal		-0,683	0,207	-0,42	-3,30	0,002

$SE\ B$ - Erro standardizado do coeficiente de B
 (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; NS = Não Significativo)

No que se refere ao Grupo Durante o Tratamento, verificou-se que a dimensão de não reagir do *mindfulness* foi um preditor significativo de depressão ($\beta = -0,53$, $p = 0,007$), explicando 28% da variância ($R^2_{\text{ajustado}} = 0,25$, $F(1,23) = 8,83$, $p = 0,007$). Além disso, a dimensão isolamento ($\beta = 0,54$, $p = 0,006$) da autocompaixão, também foi um preditor significativo, com 29% de explicação da variância ($R^2_{\text{ajustado}} = 0,26$,

$F(1,23) = 9,36, p = 0,006$). Por fim, nenhuma das variáveis do bem-estar espiritual se revelou significativa (Tabela 10).

Tabela 10

Regressões Stepwise para a Depressão – Grupo Durante o Tratamento

	R^2 ajust.	B	$SE\ B$	β	t	p
Mindfulness (QCFM)						
Não reagir	0,26	-0,81	0,27	-0,53	-2,97	0,007
Autocompaixão (SELFCS)						
Isolamento		1,11	0,36	0,54	3,06	0,006

$SE\ B$ - Erro estandardizado do coeficiente de B
 (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; NS = Não Significativo)

No Grupo Após o Tratamento, nenhuma das dimensões da *mindfulness*, nem da autocompaixão se revelaram significativas. No entanto, o bem-estar ambiental revelou-se significativo ($\beta = -0,54, p = 0,004$) quando foram consideradas as variáveis de bem-estar espiritual como preditores, explicando 30% da variância (R^2 ajustado = 0,27, $F(1,24) = 10,04, p = 0,004$) (Tabela 11).

Tabela 11

Regressões Stepwise para a Depressão – Grupo Após o tratamento

	R^2 ajust.	B	$SE\ B$	β	t	p
Bem-estar espiritual (QBEE)						
Bem-estar ambiental	0,27	-0,56	0,18	-0,54	-3,17	0,004

$SE\ B$ - Erro estandardizado do coeficiente de B
 (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; NS = Não Significativo)

Discussão

O objetivo principal deste estudo foi comparar dois grupos de sujeitos, em fases distintas do seu tratamento psicoterapêutico (durante e após intervenção terapêutica) em relação às variáveis em estudo: *mindfulness*, autocompaixão, bem-estar espiritual e depressão, passando à discussão dos objetivos específicos.

No que diz respeito à **comparação** dos índices de *mindfulness*, autocompaixão e espiritualidade em dois grupos de sujeitos (durante e após intervenção terapêutica) verificou-se que o grupo após intervenção apresenta maiores níveis de *mindfulness* e autocompaixão (condição humana) e, por outro lado, menores níveis de sobreidentificação, comparativamente ao grupo durante o tratamento. É interessante o resultado significativo ao nível da sobreidentificação, no grupo durante o processo terapêutico, em que a pessoa maximiza o seu sofrimento e não se distancia da

situação, amplificando e permanecendo da experiência de dor e sofrimento, havendo uma evolução positiva no grupo pós intervenção. Não houve diferenças significativas ao nível da depressão, o que poderá ser justificado pelo tamanho reduzido da amostra quando se subdividem os grupos, ou a própria intervenção terapêutica poderá ter estabilizado a sintomatologia depressiva diagnosticada no início do tratamento, com a promoção das outras variáveis em estudo. Estes resultados salientam a eficácia da psicoterapia na promoção destas dimensões em estudo que, de acordo com a literatura, contribuem para a melhoria da saúde mental geral. Assim, estes resultados corroboram a literatura existente, que salienta a autocompaixão como um preditor da saúde mental (Neff e Vonk, 2009).

Face aos resultados encontrados no grupo após a intervenção, parece evidente que a intervenção terapêutica permitiu o desenvolvimento de competências para adotar uma perspetiva mais objetiva e, por isso mesmo, menores níveis de sobreidentificação. Tal como na literatura, estes indicadores refletem melhor saúde mental, na qual a autocompaixão previne o sofrimento com a adoção de comportamentos proativos, como uma estratégia de regulação emocional útil (Neff, 2003b). Acrescenta-se ainda que, à semelhança dos nossos resultados, os estudos refletem que as dimensões de *mindfulness* e autocompaixão se associam de modo positivo a menor psicopatologia, contrariamente aos construtos negativos de isolamento, criticismo e sobreidentificação que se associam a presença de psicopatologia (Van Dam, Sheppard, Forsyth, e Earleywine, 2011).

Ao verificar se existem diferenças nas variáveis (*mindfulness*, autocompaixão, bem-estar espiritual e depressão) em função do sexo, da existência de tratamentos psiquiátricos anteriores, do grupo de pertença (durante e após a intervenção) e dos níveis de depressão, os resultados evidenciaram aspetos relevantes à investigação. Relativamente ao **sexo**, salienta-se diferenças no *mindfulness* e na autocompaixão. Ou seja, o sexo masculino apresentar níveis mais elevados da dimensão não julgar do *mindfulness*, enquanto o sexo feminino tende a apresentar menores níveis de compaixão no geral, calor/compaixão, e maiores níveis de autocritica, isolamento e sobreidentificação (Neff, 2003b).

Acrescenta-se ainda os resultados face ao **número de tratamentos anteriores**. Curiosamente, o grupo de pessoas com tratamentos anteriores tende a apresentar maiores níveis de depressão. Estes resultados sugerem que no tipo de depressão mais

severa existem maiores desafios e resistências que dificultam o processo terapêutico, com a necessidade de intervenção na fase de manutenção, devido à sua recorrência. Algumas investigações indicam que, mesmo nos casos que permaneceram bem por cinco anos após o tratamento inicial, 58% apresentaram recorrência nos 10 anos seguintes (Mueller et al., 1999).

Foi ainda possível verificar diferenças em função do **nível de depressão**, em que os sujeitos sem depressão/depressão ligeira tendem a apresentar pontuações mais elevadas em três das facetas de *mindfulness* (agir com consciência, não julgar e não reagir), na autocompaixão total e na dimensão bem-estar pessoal, do questionário de bem-estar espiritual. Já os sujeitos com depressão moderada/severa apresentam maiores níveis de autocrítica, isolamento e sobreidentificação, todas dimensões da Escala da Autocompaixão. Estes resultados vão ao encontro do descrito na literatura, no que diz respeito à relação existente entre as variáveis em estudo e a psicopatologia (MacBeth e Gumley, 2012; Raes, 2010). Através da análise dos resultados foi possível observar que a presença de bem-estar parece estar inversamente relacionada com a presença de sintomatologia depressiva. A relação entre o bem-estar e a depressão é um assunto bastante debatido na literatura, tendo já sido alvo de inúmeras investigações (e.g. Wells et. al, 1989; Keyes, 2008). Neste contexto, refira-se que estas novas abordagens “positivistas” permitem uma conceitualização da depressão como mais do que um simples estado negativo que tem de ser “reparado” ou “eliminado”, e chamam a atenção para as vantagens de assumir uma atitude de não-reatividade que permita um olhar atento e calmo sobre o problema (Segal, Williams e Teasdale, 2002).

Ao estudar as associações entre a depressão e as variáveis *mindfulness*, autocompaixão, bem-estar espiritual, separadamente no grupo durante a intervenção e no grupo após a intervenção, os resultados revelaram que no **grupo durante** a intervenção terapêutica, a depressão aparece associada negativamente às dimensões de *mindfulness* (agir com consciência, não julgar e não reagir), ao total de autocompaixão e à sua dimensão Calor/compreensão. Para além disso, emergiram associações positivas entre a Depressão e as dimensões autocrítica, isolamento e sobreidentificação, da Escala da autocompaixão. Por outro lado, no **grupo após** intervenção terapêutica, a Depressão está associada negativamente à faceta descrever do *mindfulness* e às dimensões do Bem-Estar Espiritual. Nesta perspetiva, os resultados demonstraram que a depressão se associa negativamente com a

generalidade das dimensões de *mindfulness*, com as dimensões positivas de autocompaixão e às dimensões do bem-estar espiritual e positivamente com as três dimensões negativas de autocompaixão. Considerando o modelo terapêutico adotado no contexto onde foi recolhida a amostra, a importância da autocompaixão durante o tratamento foi de acordo com o esperado, uma vez que esta dimensão é um dos pilares fulcrais do programa de intervenção. Do mesmo modo, seria esperado que no grupo pós tratamento emergisse a importância da dimensão espiritual, devido à estimulação do desenvolvimento de competências e estratégias de bem-estar espiritual, durante a fase de tratamento.

Finalmente ao identificar quais são os **preditores** da depressão (avaliada pelo BDI II), nomeadamente o *mindfulness* (QCFM), a autocompaixão (SELFCS) e o bem-estar espiritual (QBEE) verificou-se que, ao nível da amostra global, maiores níveis de não reagir, não julgar e bem-estar pessoal são preditores de menos sintomatologia depressiva. Ou seja, à semelhança do observado em outros estudos, estas dimensões de *mindfulness* que permitem que a realidade seja interpretada tal como ela é, sem realizar qualquer juízo valorativo e sem reagir com o seu padrão automático de resposta, são os que mostram mais validade na predição de bem-estar e saúde mental (Gregório e Gouveia, 2011; Volcan, Sousa, Mari, e Horta, 2003). Contrariamente, um maior nível de autocrítica é um preditor de maior depressão, em linha com estudos que apresentam resultados semelhantes (Gilbert, 2009, Gilbert e Procter, 2006; Keyes, 2008). Diferenciando os grupos, os resultados demonstram que, durante o tratamento, maiores índices de não reagir predizem menor depressão, enquanto que um maior isolamento prediz maior depressão. Relativamente ao grupo após tratamento, o único preditor da depressão foi o bem-estar ambiental. Ou seja, quanto maior o bem-estar ambiental, menor a depressão. Num sentido semelhante, também outros estudos sublinham as dimensões pessoal e ambiental do bem-estar espiritual como sendo os melhores preditores da depressão (Gouveia, Marques, e Ribeiro, 2009). Assim, intervir ao nível da forma como uma pessoa se relaciona consigo própria no que respeita à consciência sobre si mesmo e desenvolver a relação com o mundo físico e biológico através de sentimentos de união com a natureza, contribuem para uma melhor saúde mental (Gouveia, Marques, e Ribeiro, 2009).

Estes resultados salientam, mais uma vez, a pertinência de promover e desenvolver estas competências adaptativas ao nível da intervenção clínica em

quadros de Depressão, sobretudo em fases de manutenção e prevenção de recaídas (Baer, 2003; Kuyken, et al., 2008).

Conclusões

Em síntese, neste estudo que a perturbação depressiva persistente associa-se negativamente com a generalidade das dimensões de *mindfulness*, com as dimensões positivas de autocompaixão e às dimensões do bem-estar espiritual e positivamente com as três dimensões negativas de autocompaixão. Constatou-se ainda que as dimensões de não reagir, não julgar e bem-estar pessoal são preditores de menor sintomatologia depressiva. Face a estes resultados, este estudo vem reforçar o pressuposto da psicologia positiva de potenciar, desenvolver e intervir nos domínios positivos da experiência humana, mais do que se centrar no sofrimento, na dor psicológica, nas questões psicopatológicas, nas fraquezas e incapacidades, que marcaram a investigação durante muitos anos.

Apesar da extensão e riqueza dos resultados obtidos, podem assinalar-se algumas limitações a este estudo, nomeadamente: (a) o reduzido tamanho da amostra, em função da amostra ser de difícil acesso, sobretudo no que respeita à cooperação necessária ao preenchimento, o que limita a generalização dos resultados; (b) os dados foram recolhidos numa única unidade terapêutica privada, o que segmenta de algum modo o público-alvo, condicionando o enquadramento dos dados face à população geral; (c) os participantes (incluídos no grupo após a intervenção terapêutica), envolvidos também poderão ter recebido, noutra local, algum tipo de intervenção em ambulatório, psicoterapêutica e/ou farmacológica, poderá igualmente condicionar as análises; e (d) o facto de a investigação realizada assumir um formato transversal, não permitindo que se efetuem relações causais temporais.

Acrescente-se que, do ponto de vista da investigação futura, seria útil incluir outras variáveis neste tipo de estudos (exemplo: Felicidade, Otimismo, Amor, Gratidão), para além da construção de estudos com amostras de maior dimensão e com desenhos de investigação qualitativos e longitudinais, de forma a aprofundar o comportamento destas variáveis ao longo da intervenção terapêutica.

Relativamente ao principal contributo dos resultados deste estudo para a intervenção terapêutica, o aprofundamento de conhecimentos sobre as variáveis associadas e preditoras da Depressão Crónica poderá contribuir de forma significativa para a elaboração e aperfeiçoamento de programas de intervenção e prevenção da

recaída da depressão.

Refira-se que o modelo terapêutico de intervenção adotado no contexto onde foi recolhida a amostra, designado por modelo Change and Grow, assenta em cinco princípios (Verdade, Aceitação, Gratidão, Amor e Responsabilidade) e contempla diversas estratégias terapêuticas promotoras de competências de *mindfulness*, da autocompaixão e do bem-estar espiritual. O modelo Terapêutico Change and Grow, criado e desenvolvido em Villa Ramadas desde 2005, tem acompanhado esta evolução concetual das abordagens psicológicas, traduzindo para a prática clínica estas dimensões positivas, contribuindo assim para a promoção de competências de vida adaptativas. Numa fase inicial de tratamento, a intervenção é centrada no passado para intervir e conter as experiências angustiantes e de conflito interior. Contudo, na fase intermédia o foco da intervenção é em desenvolver estratégias de compaixão e gratidão consigo e com os outros, em centrar a resolução dos problemas no momento presente (viver no aqui e agora) e ir construindo uma ligação espiritual para confiar o resultado desses mesmos problemas (poder superior). As novas abordagens positivas, nomeadamente as terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração servem de suporte a este modelo de intervenção, tendo como dimensão central os processos de aceitação. Por este motivo, o presente trabalho pretendeu contribuir para se proceder à validação científica futura deste modelo, ao nível operacional e concetual.

Bibliografia

- American Psychiatry Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association.
- Amaro, A. Silvestre, C., e Fernandes, L. (2013). *Estatística descritiva: O segredo dos dados*. Londres: Lulu.com
- Back, K. e Back, K. (1991). *Assertiveness at work*. UK: McGraw Hill.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., e Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of *Mindfulness*. *Assessment*, 13 (1), 27-45.
- Baer, R. A. (Ed.). (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*, San Diego: Elsevier.
- Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A conceptual and empirical review. *American Psychological Association*, 10, 125-143.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., e Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bishop, S. (2002). What do We Really Know About *Mindfulness*-based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.

- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., e Devins, G. (2004). *Mindfulness: a Proposed Operational Definition*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Blundell, R., e Costa Dias, M. (2000). Evaluation methods for non-experimental data. *Fiscal studies*, 21(4), 427-468.
- Bryan, A. (2007). The Debate about Quantitative and Qualitative Research: A Question of Method or Epistemology? *The British Journal of Sociology*, 35(1).
- Castilho, P., e Gouveia, J. P. (2011). Auto-compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, (54), p-203.
- Coutinho, M.P.; Gonties, B.; Araújo, L.F. e Sá, R.C. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF*, 8(2), 183-192.
- Cuijpers, P., Straten, A.V., Schuurmans, J., Oppenb, P.V., Hollon, S., e Andersson, V. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 51-62.
- Dew, R. E., Daniel, S. S., Armstrong, T. D., Goldston, D. B., Triplett, M. F., e Koenig, H. G. (2008). Religion/Spirituality and Adolescent Psychiatric Symptoms: A Review. *Child Psychiatry Human Development*, 39, 381-398.
- D'Hainaut, L. (1992). *Conceitos e métodos da estatística*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fisher, J. W. (1999). Helps to fostering students' spiritual health. *International Journal of Children's Spirituality*, 4(1), 29-49.
- Fráguas, R. (2009). A depressão e condições médicas. *Revista Psiquiatria Clínica*. 2009; 36(3):77-78.
- Furegato, A. R. F., Nievas, A. F., Silva, E. C., e Costa Junior, M. L. (2005). Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre académicos de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 39(4), 401-408.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. e Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Gomez, R. e Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1975-1991.
- Gomez, R. e Fisher, J. W. (2005). The spiritual well-being questionnaire: testing for model applicability, measurement and structural equivalencies, and latent mean differences across gender. *Personality and Individual Differences*, 39, 1383-1393.
- Gouveia, M. J., Marques, M., e Ribeiro, J. L. P. (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 285-293.
- Gregório, S., e Pinto-Gouveia, J. (2011). Facetas de *Mindfulness*: características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica*, 54, 259-280.
- Green, S. M., e Bieling, P. J. (2012). Expanding the scope of *Mindfulness*-based cognitive therapy: Evidence for effectiveness in a heterogeneous psychiatric sample. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 174-180.
- Gusmão, R.M., Xavier, M., Heitor, M.J., Bento, A., e Almeida, J.M. (2005). O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Méd Port*;18(2):129-46.
- Horn, G. L. (2012) An investigation into the effects of cognitive behavioural therapy on patients with chronic depression: a small case series. *Psychology Research and Behavior Management*. 5,123-129.
- Kaplan, H.I., e Sadock, B.J. (1997). *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Keyes, C. (2008). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 601-618

- Kline, R. (2005). *Principles and practice of structural equations modeling* (2nd ed.). London: Guilford Press.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.
- Kristeller, J. L., e Hallett, B. (1999). Effects of a meditation-based intervention in the treatment of binge eating. *Journal of Health Psychology*, 4, 357-363.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., ... e Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 966.
- Laubmeier, K.K.; Zakowski, S.G; e Bair, J.P. (2004). The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress e coping. *Int J Behav Med*. 11(1):48-55.
- Ljunggren, M. (2012). *Elderly abuse and depression in developed countries: Does religion/spirituality matter?* (Doctoral dissertation, University of Gävle).
- Lutz, A., Greischar, L. L., Rawlings, N. B., Ricard, M., e Davidson, R. J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*, 101, 16369-16373.
- MacBeth, A., e Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552.
- Michalak, E. E., e Lam, R. W. (2002). Breaking the myths: new treatment approaches for chronic depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(7), 635-643.
- Mooney, Al J.; Eisenberg, A. e Eisenberg, H. (1994). *The recovery book. A life-saving guide for recovering alcoholics, addicts and their families*. London: Robinson Family Health.
- Morgan, D. (2003). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. *Psychotherapy Research*, 13(1), 123-125.
- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W., ... e Maser, J. D. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1000-1006.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D., Rude, S. S., e Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Neff, K. D., e Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77(1), 23-50.
- O'Connor, J. e MacDermott, I. (2001). *Way of NLP*. London: Thorsons Pub.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, C., e Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina:Porto*; 21(2), 47.
- Ponciano, E., Cardoso, I., e Pereira, A. (2004). Adaptação de uma versão experimental em língua portuguesa do Beck Depression Inventory-(BDI-II) em estudantes do Ensino superior. *Ação social e aconselhamento psicológico no ensino superior e intervenção*. Coimbra: SASUC, 329-337.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757-761.
- Rocha, M. P., e Fleck, A. (2011). Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Revista Psiquiatria Clínica*;38(1):19-23
- Segal, Z., Williams, J., e Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

- Sillifant, B. (2007). *A Conceptual Basis for the Refinement of an Operational Definition of Mindfulness* (Unpublished master's thesis). Massey University. New Zealand.
- Sin N., e Della Porta M., Lyubormirsky S. (2010). Tailoring Positive Psychology Interventions to Treat Depressed Individuals. In Donaldson S., Csikszentmihalyi M., Nakamura J., Applied positive psychology: improving everyday life, health, schools, work and society (pp 79-96). New York: Psychology Press, 2011.
- Tabachnick, B. G., e Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). New York: Allyn and Bacon.
- Teng, C. T.; Humes, E. C. e Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., e Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than *Mindfulness* of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, 25(1), 123-130.
- Vandenberghe, L., e Sousa, A. C. A. D. (2006). *Mindfulness* nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 35-44.
- Volcan, S. M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. D. J., e Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saúde Pública*, 37(4), 440-5.
- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M., ... e Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *Jama*, 262(7), 914-919.
- Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C., e Fennell, M. J. (2006). *Mindfulness*-Based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of clinical psychology*, 62(2), 201-210.
- http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf